Aus der Klinik für Zahn- und Mundkrankheiten der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Partsch.)

Aktinomykose vom Weisheitszahn ausgehend.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktor der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Ernst Lubos,
Zahnarzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Partsch.

Die Arbeit zerfällt in zwei Hauptteile; der erste behandelt allgemein die Kieferaktinomykose, der zweite bringt eine Reihe von Fällen, in denen die Strahlenpilzerkrankung vom Weisheitszahn ausging. Der erste Teil war nötig, erstens, um einen Überblick über den jetzigen Stand der Aktinomykoseforschung zu geben, zweitens, um einen einheitlichen Standpunkt in der Frage der odontogenen Infektion festzulegen. (Die Formulierung des Themas setzt die Annahme der Israel-Partschschen Anschauung voraus.) Nach Möglichkeit sind mehrere Meinungen, besonders in noch ungeklärten Fragen, beleuchtet worden.

Teil I behandelt also die Statistik, ferner das klinische Bild der Kieferaktinomykose. Ausgehend von der zentralen Aktinomykose, die in ihren beiden Formen, der zentralen Karies und der zentralen Neubildung, geschildert wird, wird die periphere Kieferaktinomykose behandelt; ihre Charakteristika sind ganz kurz: 1. der torpide, chronische Verlauf ohne Fieber und besonderen Schmerz; 2. die brettharte, ausgedehnte Infiltration mit multiplen, wenig sezernierenden Fisteln; 3. die Verlötung der Weichteile mit dem darunterliegenden Knochen; 4. das schrankenlose Wandern, häufig, ohne auf ihrem Wege Spuren zu hinterlassen; 5. Freibleiben von Lymphwegen und -knoten bei Reininfektion. Die Oberkiefererkrankung wird erwähnt und ihre ernste Prognose begründet. Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose einerseits und Sarkom, Karzinom, Lues und Tuberkulose andererseits ist hervorgehoben.

Drittens wird die Morphologie und Biologie des Strahlenpilzes ziemlich eingehend behandelt, weil die Erfahrung lehrt (und auch die folgenden Krankengeschichten zeigen), daß der Erreger in seinen Jugend- und Zerfallstadien zu Verwechslungen mit Lephothrix- und Streptothrixknäueln Veranlassung gibt.

Als 4. Punkt folgt eine kurze Zusammenstellung der verschiedenen Therapien, von denen die chirurgische den Vorzug verdient.

Der Hauptwert wird auf die Klärung der Frage der odontogenen Infektion gelegt, 1. weil sie, wie schon gesagt, zur Voraussetzung des Themas gehört, 2. weil es der umstrittenste Punkt war, 3. weil Krankenberichte von Gegnern der Partschschen Theorie verwandt werden. Es wird der Streit zwischen Israel-Partsch einerseits und Bostroem-Iszlai andererseits kurz skizziert, aber gezeigt, daß die neuere Forschung durch Partsch, Williger, Jaehn, Zilz, Kantorowicz und Euler die Israel-Partschsche Anschauung von der odontogenen Infektion nicht nur durch untrügliche Beweise bestätigt, sondern durch noch weitergehende Befunde ausgedehnt hat. Ein besonderer und wiederholter Nachdruck wird auf die Feststellung gelegt, daß die vom Zahne ausgehende Aktinomykose sich in ihrem Beginn kaum von der gewöhnlichen chronisch-granulierenden Periodontitis unterscheidet, eine Tatsache, die wohl zu der Behauptung geführt hat, die Beziehungen zwischen Zahnschmerz und Aktinomykose sei nur scheinbar.

Im Teil II werden für die Infektion durch den Strahlenpilz vom Weisheitszahn aus drei Wege angegeben. Der erste führt durch den Zahn (d. h. durch sein Pulpenkavum) hindurch, der zweite durch seine leere Alveole, der dritte nur mittelbar durch die Zahnfleischtasche über dem Zahn bei seinem erschwerten Durchbruch.

Die Kasuistik umfaßt 17 Fälle, die zum Teil von Herrn Geheimrat Partsch gütigst zur Verfügung gestellt worden, zum Teil den Berichten und Arbeiten von Schouton, Padget, Williger, Jaehn, Zilz, aber auch v. Baracz und Illich (beide

Gegner der Partschschen Anschauung) entnommen sind. Den beiden Autoren sind 4 Fälle entlehnt, weil sie sogar in deren Fassung die odontogene Entstehung erkennen lassen; sie sind natürlich begründet.

Die Berichte bringen deutlich den chronischen Verlauf der Krankheit zum Ausdruck, so z. B. ein Rezidiv nach 24 Monaten, also einer Zeit, bei der Schlange schon Dauerheilung für erwiesen hält; ferner die Schwierigkeit der Diagnose, wenn der bakterielle Befund einmal nicht ausreicht. Eigenartig ist, daß in der Mehrzahl der Fälle der schuldige Zahn der einzige kariöse Zahn in einem intakten Gebiß war. Am bemerkenswertesten ist der Fall von Zilz, bei dem in einem intakten Gebiß eines Fünzehnjährigen (!) nur $\frac{8|}{|8}$ kariös waren, und die Aktinomykose erst von $\underline{8|}$ aus den Oberkiefer und 6 Wochen später von $\overline{|8}$ aus den Unterkiefer befiel.